



Honduras Pediátrica

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

HONDURAS PEDIÁTRICA

Es una Publicación
Científica de la
Asociación Pediátrica
Hondureña con sede
en la ciudad de
Tegucigalpa,
Honduras, C.A.

Volumen XXXVII
Número 2
Jul - Dic 2024

ISSN:0018-4535
Edición Impresa

ISSN: 1998-7307
Edición Electrónica

Imágenes de Portada:
Emma Aguilar Paz



Página electrónica:

www.pediatricahonduras.org

Revista de acceso abierto de la Asociación Pediátrica de Honduras
Indexada en CAMJOL

Honduras Pediátrica

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

Contenido

Directora:

Clarissa Lizeth Aguilar Molina

Pediatra Oncóloga, Hospital Escuela,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
claguilar01@gmail.com

Editora Administrativa:

Karla Leversia Borjas Aguilar

Pediatra Alergo-Inmunóloga,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
leverborjas@gmail.com

Secretaría:

Amy Patricia Espinal Jones

Pediatra, Profesor Titular II,
Departamento de Pediatría,
Universidad Nacional Autónoma de Honduras,
Tegucigalpa, Honduras.
amyespinalj@gmail.com

Comité Editorial

Sergio David Villeda Rodríguez

Pediatra Cirujano,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
sergiodvilleda@gmail.com

Marco Tulio Luque

Pediatra Infectólogo,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
mtluque@yahoo.com

Sara Eloisa Rivera Molina

Pediatra Infectóloga,
Hospital María, Especialidades Pediátricas,
Tegucigalpa, Honduras.
eloisari61@yahoo.com

Contenido

Pág.

I. EDITORIAL	
Un paso hacia adelante en la investigación	3
<i>Dra. Martha Matamoros</i>	
II. SECCIÓN CIENTÍFICA	
Artículos Originales	4
Satisfacción en Cuidadores de Pacientes Pediátricos Oncológicos del Programa de Cuidados Paliativos, Hospital Escuela	4
<i>Satisfaction in caregivers of pediatric cancer patients in the palliative care program at the Hospital Escuela.</i>	
<i>Elia Marcela Acosta Bonilla, Gerardo Castro Martínez.</i>	
Casos Clínicos	12
Esquizencefalia de Labio Cerrado, como causa de epilepsia refractaria: Reporte de Caso	12
<i>Closed-Lip Schizencephaly, as a cause of refractory epilepsy: Case Report.</i>	
<i>Walter Rene Lopez Reyes, Clarissa Lizeth Aguilar Molina, Rodolfo Miguel Colindres Rodriguez</i>	
Imágenes en Pediatría	18
Trayecto Migratorio Cutáneo en Pediatría: Diagnóstico Clínico de Larva Migrans	18
<i>Cutaneous Migratory Path in Pediatrics: Clinical Diagnosis of Larva Migrans</i>	
<i>Mónica Fernanda Medina, Carolina Michelle López, Clarissa Aguilar</i>	
Amaurosis Secundaria a Tumor de Fosa Posterior	20
<i>Amaurosis secondary to posterior fossa tumor</i>	
<i>Helena Zelaya, Ovidio Alvarado</i>	
III. SECCIÓN INFORMATIVA	21
Instrucciones para Autores.	21
Anexo 1. Requisitos de Extensión según Artículo	30
Anexo 2. Carta de Autoría	31
Anexo 3. Declaración de Conflicto de Intereses	32
Anexo 4. Declaración de Conflicto de Intereses de Pertenencia o Familiares	33

LISTADO DE EDITORES ASOCIADOS POR ESPECIALIDADES HONDURAS PEDIATRICA

<i>Douglas Varela,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>	
<i>Kadie Melissa Paz,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>	
<i>Carol Zuniga,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>	
<i>Rodolfo Colindres,</i>	<i>Neurólogo Pediatra</i>	
<i>Allison Callejas,</i>	<i>Neonatóloga</i>	
<i>Yency Peralta,</i>	<i>Neonatóloga</i>	
<i>Karen Giron,</i>	<i>Alergia e Inmunología Pediátrica</i>	
<i>Selma Scheffler,</i>	<i>Alergia e Inmunología Pediátrica</i>	
<i>Delia Padilla,</i>	<i>Gastroenterología Pediátrica</i>	
<i>Pablo Cáceres,</i>	<i>Gastroenterología Pediátrica</i>	
<i>Ligia Fú,</i>	<i>Hematóloga Pediatra</i>	
<i>Jose Antonio León,</i>	<i>Oncología Pediátrica</i>	
<i>Luis Romero,</i>	<i>Infectología Pediátrica</i>	
<i>Gustavo Lizardo,</i>	<i>Dermatología Pediátrica</i>	
<i>Iris Álvarez,</i>	<i>Dermatología Pediátrica</i>	
<i>Mauricio Benítez,</i>	<i>Cirujano Pediatra</i>	
<i>Lesby Espinoza,</i>	<i>Endocrinóloga Pediatra</i>	
<i>Sandra Velásquez,</i>	<i>Endocrinóloga Pediatra</i>	
<i>Carlos Sánchez,</i>	<i>Intensivista Pediatra</i>	
<i>Miriam Raquel Wong,</i>	<i>Oftalmóloga Pediatra</i>	
<i>Ricardo Toro,</i>	<i>Oftalmólogo Pediatra</i>	
<i>Dilcia Pagoaga,</i>	<i>Cardiología Pediátrica</i>	
<i>Ana Marcela López,</i>	<i>Radiologa Pediatra</i>	
<i>Walter Pacheco,</i>	<i>Radiólogo Pediatra</i>	
<i>Edín Rosa Luque,</i>	<i>Neurocirujano</i>	
<i>Claudia Aguilar,</i>	<i>Nefróloga Pediatra</i>	
<i>Gaspar Rodríguez,</i>	<i>Nefrólogo Pediatra</i>	
<i>Héctor Antúnez,</i>	<i>Patólogo Pediatra</i>	
<i>Adoní Josué Duarte,</i>	<i>Patólogo</i>	
<i>José Arnulfo Lizardo,</i>	<i>Cirujano Pediatra</i>	
<i>Haydee del Pilar Rosales,</i>	<i>TCPH Pediátrico</i>	

Un paso hacia adelante en la investigación

Dra. Martha Matamoros 

Médico Sub-especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos

Enhorabuena, un paso hacia adelante en la investigación

En el marco del XXI Curso Nacional de Pediatría y del XIX Congreso Nacional de la Asociación Pediátrica Hondureña, celebrado en Tegucigalpa del 12 al 14 de septiembre del presente, asistimos a una verdadera fiesta científica. Este evento fue una excelente oportunidad para actualizarse en temas relevantes de la Pediatría, contando con la presentación de conferencias y talleres impartidos por excelentes profesionales de las diferentes ramas de nuestra especialidad.

El Comité Organizador del congreso, le dio relevancia a la presentación de trabajos libres, convocando con anticipación a su presentación. Con esta iniciativa se dio la oportunidad de presentar una rica casuística de trabajos libres, con presentación de trabajos científicos originales, casos clínicos y de experiencia.

Tuvimos la oportunidad de conocer lo nuestro, a través de presentaciones orales y en sesión de pósteres.

Fue una experiencia enriquecedora en la que se presentaron patologías cuyo diagnóstico requirió un alto nivel de sospecha clínica el que fue seguido de los exámenes de laboratorio pertinentes, imágenes diagnósticas y estudios de anatomía patológica en los casos que lo ameritaba.

Esto puso en evidencia que la formación clínica de nuestros especialistas, residentes de diferentes postgrados e incluso estudiantes de medicina, es muy buena, pero lo mejor de todo es que la convocatoria que hizo el comité organizador despertó en los participantes la cultura de la investigación y de compartir sus hallazgos y conocimientos.

Otro punto a destacar en esta iniciativa, es que la presentación de los trabajos libres puso de manifiesto que cuando se interactúa con los diferentes miembros del equipo de salud, cuando se abre la participación a las diferentes unidades académico asistenciales y de investigación, se cumplen mejor los objetivos.

Finalmente los asistentes conocimos las iniciativas que se están dando para impulsar la investigación a través de proyectos interinstitucionales, nacionales e internacionales, como ser The Global Health Network de América Latina y del Caribe (<https://lac.tghn.org/>) creada para fortalecer capacidades para investigar con ética y calidad.

Esta iniciativa a través de webinarios, talleres de capacitación, club de investigadores multidisciplinarios, clínica de datos, cursos de autoaprendizaje entre otros, ayudará a construir una comunidad capacitada y competente para investigar, incentivar la divulgación de la misma e integrar los resultados en el planteamiento de políticas de salud y elaboración de guías de práctica clínica.

Satisfacción en Cuidadores de Pacientes Pediátricos Oncológicos del Programa de Cuidados Paliativos, Hospital Escuela

Satisfaction in caregivers of pediatric cancer patients in the palliative care program of the Hospital Escuela

Elia Marcela Acosta Bonilla* , Gerardo Castro Martínez** .

*Médico Especialista en Pediatría, Hospital Adventista, Valle de Ángeles, FM, Honduras

** Médico Especialista en Hemato-Oncología Pediátrica, Cuidados Paliativos Pediátricos, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN

Antecedentes: Los cuidados paliativos (CP) tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El grado de satisfacción de los padres o cuidadores de los pacientes son fuente importante para valorar fortalezas y debilidades, de esta forma implementar nuevos enfoques a la atención y mejorar el programa.

Objetivo: evaluar la satisfacción de padres o cuidadores respecto a la atención brindada por parte del programa de CP en pacientes pediátricos del Hospital Escuela, período de julio-agosto 2023.

Metodología: estudio descriptivo transversal. El muestreo no probabilístico se estimó en 124 padres/cuidadores, quienes fueron invitados a participar mediante consentimiento informado. El grado de satisfacción se registró mediante una encuesta para conocer la percepción respecto a la atención. Se empleó U de Mann Whitney, Chi cuadrado y Spearman para el análisis estadístico. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e investigación biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Resultados: de un total de 124 participantes. El 83.9% de cuidadores describieron como ☐ excelente la calidad de atención recibida. El 92.7% consideró que el personal de salud se supo comunicar en términos claros. El 100% se sintió apoyado y escuchado.

Además, el 100% afirmó sentir que sus decisiones fueron respetadas.

La zona de residencia (rural vrs urbana) se observó relacionado a menor facilidad de acceso para la atención a cuidados paliativos ($p < 0.001$; OR 10.7; IC95% 3.8-30.2)

Conclusiones: como fortalezas del programa de cuidados paliativos cabe destacar que la totalidad de cuidadores se sintieron apoyados y escuchados. Además colectivamente todos afirmaron sentir que sus decisiones fueron respetadas. Se recomienda implementar nuevos enfoques de atención, solicitud de insumos y personal médico, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales capacitados en CP.

Palabras Clave: Cuidados paliativos, Satisfacción del paciente, Oncología.

ABSTRACT:

Background: palliative care (PC) aims to improve the quality of life of patients and their families. The degree of satisfaction of the parents or caregivers of the patients is an important source to assess strengths and weaknesses, in order to implement new approaches to care and improve the program.

Objective: to evaluate the satisfaction of parents or caregivers regarding the care provided by the PC program of pediatric oncology patients of the Hospital Escuela, period July - August 2023

Methods: cross-sectional descriptive study. Non-probability sampling was estimated at 124 parents/caregivers, who were invited to participate through informed consent. The degree of satisfaction was recorded through a survey to know the perception of care. Mann U- Whitney, Chi-square and Spearman were

Correspondencia:

Dra. Elia Marcela Acosta Bonilla.

Pediatra

Dirección: Residencial Lafayette, Valle de Ángeles, Francisco Morazán.

Teléfono: +504 9615-2590 | Correo: eliaacosta2291@gmail.com

Fecha de envío: 15 noviembre 2024 | Fecha de aceptación: 8 febrero 2025

used for statistical analysis. The protocol was approved by the Biomedical Research and Ethics Committee (CEIB) of the Facultad de Ciencias Médicas from the Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Results: out of a total of 124 participants. 83.9% of caregivers described the quality of care received as excellent. 92.7% considered that health personnel knew how to communicate in clear terms. 100% felt supported and heard. In addition, 100% said they felt that their decisions were respected. The area of residence (rural vs. urban) was observed to be related to less ease of access to palliative care ($p < 0.001$; OR 10.7; 95% CI 3.8-30.2)

Conclusions: as strengths of the palliative care program, it is worth highlighting that all caregivers felt supported and heard. Additionally, collectively they all stated that they felt their decisions were respected. It is recommended to implement new approaches to care, request for supplies and medical personnel, nurses, psychologists and social workers trained in PC.

Keywords: Palliative Care, Patient Satisfaction, Oncology.

Introducción

Los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. (1) El objetivo principal de los cuidados paliativos es proporcionarles una atención integral y holística (física, psicológica, emocional, social y espiritual) con el fin de mejorar su calidad de vida, mediante la prevención y la detección temprana del sufrimiento relacionado con la enfermedad y el tratamiento. (2) Una de las dificultades para reconocer cuándo un paciente debe ser parte del programa es la falta de identificación de cuando se ha alcanzado el denominado techo terapéutico, este término se refiere al momento en el que el paciente ha recibido el mejor tratamiento disponible para su enfermedad. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya recomendaba en 1990 que los procedimientos paliativos fueran considerados como parte integrante del tratamiento del cáncer. En el año 2002, en su publicación sobre el desarrollo de programas de cáncer, añade a los tres ya clásicos niveles de atención (prevención primaria, secundaria, y diagnóstico y tratamiento), un cuarto nivel para el alivio del dolor y los cuidados paliativos; insistiendo que los cuidados paliativos deben aplicarse de manera precoz en el curso de estas enfermedades. (4) Es por todo ello que el modelo de trabajo en cuidados paliativos es necesariamente el de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales médicos y no médicos. (5)

En la actualidad, se ha propuesto como evaluación del cuidado otorgado por parte del personal de salud, la evaluación de la satisfacción del paciente en el cuidado paliativo, la calidad de vida incluye el componente físico, caracterizado por la ausencia de dolor, dificultad respiratoria, síntomas digestivos y otros causantes de molestias; también incluye un componente psicológico, determinado por la ausencia de emociones negativas, ansiedad y depresión, y un proceso de adaptación adecuado a la enfermedad. (5) La calidad de vida percibida por un paciente que requiere de cuidados paliativos está fuertemente modulada por procesos vinculados a la evaluación que el individuo realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida como del grado de satisfacción. En la actualidad, es uno de los métodos más aceptados, su objetivo es identificar los aspectos del cuidado paliativo que son susceptibles de mejora. (6)

Los cuidados al enfermo terminal son complicados de enfrentar, tanto para la familia como para el profesional de salud, por lo anterior el grado de satisfacción de los padres o personas cuidadoras de los pacientes de dicha unidad son fuente importante para valorar fortalezas y debilidades, de esta forma mejorar e implementar nuevos enfoques al programa, solicitud de insumos y personal médico, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales capacitado en cuidados

paliativos, debido a esto la realización de este estudio contó con el objetivo de evaluar la satisfacción de padres o cuidadores respecto de la atención brindada por parte de la unidad de cuidados paliativos del Hospital Escuela en el período julio - agosto 2023.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal-retrospectivo. Se captó padres o Cuidadores de Pacientes Pediátricos Oncológicos del Programa de Cuidados Paliativos en casa de habitación vía teléfono. La población fue 124 cuidadores o padres de pacientes pediátricos oncológicos en programa de cuidados paliativos, se incluyeron todos los pacientes en el programa de cuidados paliativos en hospitalización, consulta externa, y asimismo cuidadores de pacientes que ya fallecieron y pacientes a los que se les realizó visitas domiciliarias, que pertenecen al programa de CP del Hospital Escuela en los meses de julio-agosto 2023. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual incluyó a 124 pacientes de julio a agosto del 2023. Como criterios de inclusión se tomaron: 1) Padres y/o Cuidadores de pacientes oncológicos incluidos en programa de cuidados paliativos del Hospital Escuela. 2) Los padres y/o Cuidadores de pacientes oncológicos incluidos en programa de cuidados paliativos que aceptaron participar en el estudio. Criterios de exclusión: 1) Padres y/o Cuidadores de pacientes oncológicos que no están incluidos en programa de cuidados paliativos del Hospital Escuela. 2) Los padres y/o Cuidadores de pacientes oncológicos incluidos en programa de cuidados paliativos que no aceptaron participar en el estudio.

Se empleó un instrumento de diseño propio de los investigadores, este constó de datos generales, características sociodemográficas, datos sobre inclusión del paciente en el programa de cuidados paliativos y preguntas de satisfacción en múltiples aspectos del programa de cuidados paliativos pediátricos.

El análisis estadístico se realizó en Microsoft Excel y SPSS v27. Se emplearon medidas de tendencia central, análisis de frecuencia,

porcentajes, análisis univariado y bivariado. Para el análisis descriptivo de asociación de variables, se analizó la normalidad de las variables mediante Shapiro Wilk y Kolmogórov Smirnov según el tamaño de los subgrupos (en variables cuantitativas). Se utilizó Chi cuadrado, U de Mann Whitney y Spearman (variables cuantitativas de distribución anormal). La significación estadística se estableció con el valor $p < 0.05$. Se tomaron en cuenta las consideraciones del código de Helsinki, no existe identificación de pacientes ni de los médicos tratantes en los resultados. El protocolo de investigación fue evaluado por el comité de ética del Hospital Escuela, inscrito bajo el código No. 0-CEFCMP/HE.

Resultados

Se entrevistaron 124 cuidadores de pacientes pediátricos con patología oncológica incluidos en el programa de cuidados paliativos del Hospital Materno Infantil. Sobre sus características sociodemográficas (ver, Cuadro No. 1), de la totalidad, el 96.8% de cuidadores era alguno de los padres. Sexo mujer el 54.0%, con edades principalmente entre 30-40 años (52.4%). El grado de escolaridad predominante fue secundaria completa en el 34.7%. El 67% provienen de regiones rurales. El diagnóstico principal de los pacientes en cuidados paliativos fue tumores del sistema nervioso central (36.3%).

Cuadro No.1 Características socio-demográficas de los padres/cuidadores y pacientes en Evaluación de satisfacción en Padres o cuidadores de pacientes pediátricos con patología oncológica incluidos en programa de cuidados paliativos del Hospital Escuela, julio- agosto 2023 (n=124).

Relación del cuidador	n	%
Padre/madre	120	96.8
Otro	4	3.2
Edad del cuidador		
20-29 años	31	25.0
30-39 años	65	52.4
Mayor de 50 años	28	22.6

Sexo del cuidador		
Hombre	38	30.6
Mujer	86	69.4
Residencia		
Urbana	57	46.0
Rural	67	54.0
Escolaridad		
Primaria incompleta	10	8.1
Primaria completa	18	14.5
Secundaria incompleta	27	21.8
Secundaria completa	43	34.7
Universitaria	26	21.0
Estado civil del cuidador		
Soltero	15	12.1
Casado	29	23.4
Unión libre	80	64.5
Sexo		
Hombre	57	46.0
Mujer	67	54.0
Patología oncológica		
Leucemia linfóide	31	25.0
Leucemia mieloide	2	1.6
Tumores sólidos, tumores de hueso y tejido blando	36	29.0
Tumores del sistema nervioso central	45	36.3
Tumores de abdomen	10	8.1

Fuente: Elaboración propia

Sobre la percepción y satisfacción de los cuidadores respecto al programa (ver, Cuadro No. 2), se muestran niveles altos de satisfacción en donde el 83.9% de cuidadores describió como excelente la calidad de servicio recibida. Además, el 92.7% de cuidadores consideran que el personal de salud se supo comunicar en términos claros. Asimismo, el 96.8% refirió haber recibido ayuda y apoyo para enfrentarse a la muerte de su familiar. Cabe destacar que el 100% de cuidadores se sintieron apoyados y escuchados. Además, el 100% afirmó sentir que sus decisiones fueron respetadas. En cuanto al control de la sintomatología se presentaron en nuestro estudio, en el cual el 87.1% refirió notar mejoría en el manejo del dolor y 99.2% mejoría en la calidad de vida en general.

Cuadro No.2 Percepción de los padres/ cuidadores y pacientes en Evaluación de satisfacción en Padres o cuidadores de pacientes pediátricos con patología oncológica incluidos en programa de cuidados paliativos del Hospital Escuela, julio-agosto 2023 (n=124).

Años en la unidad de cuidados paliativos	n	%
6-11 meses	9	7.3
Más de 1 año	115	92.7
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio en cuidados paliativos		
1-5 meses	6	4.8
6-11 meses	31	25.0
1-4 años	78	62.9
Más de 5 años	9	7.3
Mejoría en calidad de vida		
Sí	123	99.2
No	1	0.8
El personal tuvo en cuenta todas las necesidades del niño		
Sí	124	100
¿Se sintió apoyado por el equipo?		
Sí	124	100
¿Cuán amable considera al equipo con usted y el niño?		
Muy amable	123	99.2
Amable	1	0.8
¿Considera que los profesionales se comunican con usted en términos claros?		
Sí	115	92.7
No	9	7.3
¿Se sintió escuchado por los profesionales de la unidad?		
Sí	124	100
¿Sintió que sus decisiones fueron respetadas?		
Sí	124	100
¿Qué considera usted que es lo mejor de la unidad?		
Trabajo en equipo	91	59.9
Apoyo psicosocial	33	21.7
Comunicación	23	15.1
Control de síntomas	5	3.3
¿Usted como cuidador del paciente tuvo ayuda para enfrentarse con la muerte (le fueron preparando)?		
Sí	120	96.8
No	4	3.2
¿Cómo valoraría en líneas generales la calidad del servicio?		
Excelente	104	83.9
Muy bueno	18	14.5
Bueno	2	1.6

Fuente: Elaboración propia

Acerca de los factores asociados (ver, Cuadro No. 3) La zona de residencia (rural vs urbana) se observó relacionado a menor facilidad de acceso para la atención a cuidados paliativos de estos pacientes ($p<0.001$; OR 10.7; IC95% 3.8-30.2), siendo la falta de recursos económicos la principal limitante (21%). Además, el estado civil del cuidador, se mostró de igual manera asociada a la facilidad de acceso ($p=0.020$).

Cuadro No. 3 Factores Asociados en Evaluación de satisfacción en Padres o cuidadores de pacientes pediátricos con patología oncológica incluidos en programa de cuidados paliativos del Hospital Escuela, julio - agosto 2023 (n=124).

Facilidad de acceso						
Procedencia	Sí		No		OR IC 95%	p valor
	n	%	n	%		
Urbana	52	61.2	5	12.8	10.7	3.8-30.2
Rural	33	38.8	34	87.2		
Facilidad de acceso						
Estado civil	Sí		No		X2	p valor
	n	%	n	%		
Soltero	9	10.6	6	15.4	7.86	0.020
Casado	26	30.6	3	7.7		
Unión libre	50	58.8	30	76.9		
Se han comunicado con usted en términos claros						
	Sí		No		OR IC 95%	p valor
	n	%	n	%		
Primaria incompleta	10	8.7	0	0	N/A	0.090
Primaria completa	14	12.2	4	44.4		
Secund. incompleta	24	20.9	3	33.3		
Secundaria completa	42	36.5	1	11.1		
Universitaria	25	21.7	1	11.1		
Control del dolor						
Patología oncológica	Sí		No		X2	p valor
	n	%	n	%		
Leucemia linfóide	27	25.0	3	20.0	4.209	0.838
Leucemia mieloide	2	1.9	0	0		
Tumores sólidos, de hueso y tejido blando	30	27.8	6	40.0		
Tumores del sistema nervioso central	40	37.0	5	33.3		
Tumores abdominal.	9	8.3	1	6.7		

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

La satisfacción con la atención evalúa el cumplimiento de las necesidades y expectativas individuales de los pacientes y sus familias por medio de preguntas indirectas o directas sobre la calidad de la atención prestada.. (7) El objetivo principal de los cuidados paliativos es prevenir y aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus cuidadores, abordando no sólo el sufrimiento físico sino también necesidades psicosociales y espirituales. Gracias a la evaluación y medición de la calidad de vida de los pacientes y sus familias y su grado de satisfacción con la atención, la calidad de los servicios prestados se puede mejorar significativamente, impactando positivamente en cómo los pacientes y las necesidades de las familias serán atendidas en el futuro. (8)

Mendoza Salas M. et al (9), en un estudio sobre la satisfacción de los cuidadores en relación al servicio de enfermería, mostró que el 58.93% de los cuidadores se encontraba en el rango de edad entre 26 a 45 años; el grado de instrucción primario predomina ligeramente entre los cuidadores siendo un 51.79% y teniendo trabajo dependiente un 76.79%. Moreno Cabello V (10) en un estudio sobre el nivel de satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico, se observó que de los padres de familia o acompañantes incluidos en el estudio el 73.3% están comprendidas en la edad adulta temprana, es decir entre los 20 y 40 años de edad; el 16.7% están comprendidas en la etapa de adolescencia, es decir menores de 20 años. Así mismo en el sexo de los padres de familia o acompañantes encuestados tenemos un 76.7% de sexo femenino. Datos similares se obtuvieron en nuestro estudio, en donde el 54.0% de los cuidadores eran mujeres, con edades principalmente entre 30-40 años (52.4%). El grado de escolaridad predominante fue secundaria completa en el 34.7%. El 67% provenientes de regiones rurales, observándose este factor asociado a menor facilidad de acceso para la atención a cuidados paliativos de estos pacientes ($p<0.001$; OR 10.7; IC95% 3.8-30.2), siendo la falta de recursos económicos

la principal limitante (21%). Además, unión libre como estado civil en el 64.5%, se observó de igual manera esta variable asociada a la facilidad de acceso ($p=0.020$).

Van der Geest I. et al (11), En un estudio sobre la experiencia de los padres sobre los cuidados paliativos pediátricos, se mostró que los principales diagnósticos de los pacientes pediátricos en cuidados paliativos fueron leucemia (37%) y tumores cerebrales en el 35%. Sobre la satisfacción, la mayoría de los padres estuvo de acuerdo con la afirmación de que recibieron información clara sobre el pronóstico de su hijo durante la fase paliativa ($4,5 \pm 0,9$) e indicaron que siempre había un profesional de la salud en el que podían confiar ($4,4 \pm 1,0$), además los padres calificaron altamente la participación en la toma de decisiones con respecto a la atención de apoyo y el tratamiento de su hijo en general (4.4 ± 1.0). En contraste con los resultados obtenidos en nuestro estudio, el diagnóstico principal de los pacientes en cuidados paliativos fueron tumores del sistema nervioso central (36.3%), tumores sólidos, tumores de hueso y tejido blando en segundo lugar (29.0%) y leucemia linfóide en tercer lugar (25.0%).

Moreno Cabello V (10), En cuanto al nivel de satisfacción de la calidad de atención de Enfermería de los padres de familia o acompañante se obtuvo que el 60 % quienes refieren un nivel de satisfacción medio, seguido de un 33 % quienes refieren un nivel de satisfacción alto. Mendoza Salas M. et al (9), respecto al nivel de satisfacción materna del cuidado enfermero en el Servicio de Pediatría, se encontró que el 66.07% presenta un nivel medio de satisfacción seguido por un 29.46% de los cuidadores que percibe alto nivel de satisfacción. Además, la comunicación entre el cuidador y la (el) enfermera se encontró en un nivel medio, con un 45.54%; seguido por el nivel alto de comunicación que se presentó en el 44.64%. Bužgová R. et al (12), encontraron que la satisfacción con la comunicación y la toma de decisiones entre los pacientes y el personal de salud se correlacionaba con la edad, la evaluación de la salud y la

calidad global de la salud. Vida. Además, las calificaciones de satisfacción de los pacientes se correlacionaron con las calificaciones de los miembros de la familia. Niveles más altos de satisfacción se observaron en los resultados obtenidos de nuestro estudio en donde el 83.9% de cuidadores describió como excelente la calidad de servicio recibida. Además, el 92.7% de cuidadores consideran que el personal de salud se supo comunicar en términos claros, sintiéndose escuchados el 100%.

Radwany S. et al (13), en otro estudio con una muestra de 93 familiares de descendientes, el 70% todavía tenía preguntas o problemas persistentes sobre el tratamiento o afecciones médicas que causaban sentimientos de resentimiento por la atención recibida o hacia los médicos. Aoun S. et al (14), en un estudio sobre la satisfacción de los cuidadores en la unidad de cuidados paliativos reportó que el equipo de cuidados paliativos ha explicado el estado del paciente y su posible evolución de forma satisfactoria en el 89.7% de casos, en el 79.7% de casos la información proporcionada sobre los efectos secundarios del tratamiento fue satisfactoria, la atención del Médico a los síntomas del paciente fue satisfactoria para el 92%, la forma en que se incluye a la familia en las decisiones de tratamiento y atención fue satisfactoria para el 82.1%, mientras que, el apoyo emocional brindado a los familiares por el equipo de cuidados paliativos fue satisfactorio para el 75.3% de familiares. En contraste con los resultados obtenidos, los cuidadores encuestados comunicaron haber sentido que el personal de salud tuvo en cuenta todas las necesidades del niño en el 100% de casos, habiéndoseles explicado la condición del paciente en el 99.2% de casos. Asimismo, el 96.8% refirió haber recibido ayuda y apoyo para enfrentarse a la muerte de su familiar, expresando como las cualidades más características del programa de cuidados paliativos el trabajo en equipo (59.9%) y el apoyo psicosocial en segundo lugar (21.7%). El 100% afirmó, además, sentir que sus decisiones fueron respetadas.

Zernikow B. et al (15), en un estudio longitudinal sobre cuidados paliativos en niños en etapas terminales de cáncer, observo que el número de familias que reciben apoyo psicosocial durante los cuidados al final de la vida no difirieron entre cohortes (Cohorte 2000: 45,8%; Cohorte 2005: 56,3%; Cohorte 2010: 32,1%). Además, la atención social psicológica de los hermanos no cambió con el tiempo. (Cohorte 2000: 29,4%; Cohorte 2005: 18,8%; Cohorte 2010: 16,7%). También se pidió a los padres que calificaran la eficacia de tratamiento que recibió su hijo. Los análisis que demuestran que el tratamiento estratégico tuvo éxito en el 53%-57% de los casos para el tratamiento del dolor, seguido del tratamiento de la disnea (32%-50%) y el tratamiento del estreñimiento (47%-50%). Porcentajes más altos de satisfacción en cuanto al control de la sintomatología se presentaron en nuestro estudio, en el cual el 87.1% refirió notar mejoría en el manejo del dolor, 80.6% mejoría en la alimentación, 89.5% mejoría en el estado de ánimo y 99.2% mejoría en la calidad de vida en general.

Dentro de las limitantes del estudio cabe mencionar, que el uso de cuestionarios preexistentes (como el FAMCARE-2 (14)) para la evaluación de satisfacción de los cuidadores en cuanto al servicio de cuidados paliativos, habría permitido evaluar otro tipo de variables ya analizadas en estudios previos, para poder realizar una comparación menos ambigua con nuestros resultados.

Conclusiones:

Niveles altos de satisfacción se observaron en los resultados obtenidos, en donde se describió como excelente la calidad de servicio recibida. Además, los cuidadores consideran que el personal de salud se supo comunicar en términos claros y refirieron haber recibido ayuda y apoyo para enfrentarse a la muerte de su familiar. Como fortalezas del programa de cuidados paliativos cabe destacar que la totalidad de cuidadores se sintieron apoyados, escuchados y sobretodo que sus decisiones fueron respetadas.

Recomendaciones:

La totalidad de variables evaluadas tuvieron puntajes altos de satisfacción, indicando que la manera en la que el programa está siendo ejecutado es el adecuado, por lo que se recomienda continuar con el apoyo hacia estas iniciativas, que permiten una atención integral al paciente oncológico.

Mantener vigentes las visitas domiciliarias con el equipo multidisciplinario, y estrategias que mejoren el acceso en caso de requerir a las familias cuyos pacientes ameritan asistencia especial debido a sus patologías de base, y favorecer entornos hospitalarios más empáticos con estas realidades, ante la que muchas veces hay desconocimiento por parte del personal que se encuentra en los centros de referencia del país.

Bibliografía

- Ortega-Guerrero D, Ortega-Cantero JA, Guerrero-Castañeda RF. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2019 Apr 1;18(1):1-8.
- Gómez García WC, Rivas S, Paz G, Bustamante M, Castro G, Gutiérrez H, et al. Pediatric Oncology Palliative Care Programs in Central America: Pathways to Success. *Children*. 2021 Nov 10;8(11):1031.
- Castro Gerardo. Notas Paliativas. Palitativos sin fronteras, España. 2021;22(1).
- Saila O. Atención a pacientes en la fase final de la vida 2006-2009. Plan de cuidados Paliativos. . España;
- García-Zapata E, Santos-Flores JM. Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos. *Revista CONAMED*. 2021;26(3):109-15.
- Fernández-Isla LE, Conde-Valvis-Fraga S, Fernández-Ruiz JS. Grado de satisfacción de los cuidadores principales de pacientes seguidos por los equipos de cuidados paliativos. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2016 Oct;42(7):476-81.
- Wentlandt K, Seccareccia D, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Grossman D, et al. Quality of Care and Satisfaction With Care on Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Feb;51(2):184-92.
- Turriziani A, Attanasio G, Scarcella F, Sangalli L, Scopa A, Genuardo A, et al. The importance of measuring customer satisfaction in palliative care. *Future Oncology*. 2016 Mar;12(6):807-13.
- Mendoza Salas M, Nina Viza K. Satisfacción del cuidado enfermero y sobrecarga del cuidador, servicio de pediatría del hospital regional honorio delgado. Arequipa 2017. [Arequipa, Peru.]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.; 2018.
- Moreno Cabello VE. Nivel de satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas : febrero-julio, 2009. [Lima, Peru.]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; 2010.
- van der Geest IMM, Darlington ASE, Streng IC, Michiels EMC, Pieters R, van den Heuvel-Eibrink MM. Parents' Experiences of Pediatric Palliative Care and the Impact on Long-Term Parental Grief. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jun;47(6):1043-53.
- Bužgová R, Kozáková R, Bar M. Satisfaction of Patients With Severe Multiple Sclerosis and Their Family Members With Palliative Care: Interventional Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2021 Nov 30;38(11):1348-55.
- Radwany S, Albanese T, Clough L, Sims L, Mason H, Jahangiri S. End-of-life decision making and emotional burden: placing family meetings in context. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009;26(5):376-83.
- Aoun S, Bird S, Kristjanson LJ, Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family carer satisfaction with palliative care. *Palliat Med*. 2010 Oct 9;24(7):674-81.
- Zernikow B, Szybalski K, Hübner-Möhler B, Wager J, Paulussen M, Lassay L, et al. Specialized pediatric palliative care services for children dying from cancer: A repeated cohort study on the developments of symptom management and quality of care over a 10-year period. *Palliat Med*. 2019 Mar 12;33(3):381-91.

Esquizencefalia de Labio Cerrado, como causa de epilepsia refractaria: Reporte de Caso

Closed-Lip Schizencephaly, as a cause of refractory epilepsy: Case Report

Walter Rene Lopez Reyes* , Clarissa Lizeth Aguilar Molina** , Rodolfo Miguel Colindres Rodriguez*** .

*Estudiante de Medicina y Cirugía, Sexto Año, Universidad Católica de Honduras

Nuestra Señora Reina de la Paz, Tegucigalpa, Honduras

**Médico Especialista en Oncología Pediátrica, Unidad de Investigación y

Gestión Académica Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

**Doctoranda UNAN-Managua/CIES. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN); Managua, Nicaragua.

*** Médico Especialista en Neurología Pediátrica, Hospital Escuela, Docente Universitario, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN

Antecedentes: la esquizencefalia es un trastorno congénito del sistema nervioso central que se caracteriza por una hendidura que comunican el espacio subaracnoideo con los ventrículos laterales. Existen 2 tipos, de labio cerrado (tipo 1), en la que los bordes de la hendidura entran en contacto y de labio abierto (tipo 2), en las que los labios están significativamente separados por líquido cefalorraquídeo, siendo esta la de peor pronóstico. Es una enfermedad rara perteneciente a los desórdenes de migración neuronal, con una prevalencia de 1.54/100,000 nacidos vivos. Las manifestaciones clínicas pueden ir desde un espectro asintomático hasta crisis epilépticas a repetición con grave alteración neurológica. El método de imagen de elección para el diagnóstico de esta patología es la resonancia magnética.

Descripción del caso: lactante menor femenina con antecedentes personales patológicos de crisis epilépticas a repetición, quien fue ingresada por presentar episodios tónico-clónico generalizados, pérdida de la alerta y relajación de esfínteres, presentando hipotonía en las 4 extremidades, sin alteraciones fenotípicas evidentes y con retraso psicomotor. Debido a esto se sometió a estudios de imagen por resonancia que permitió realizar el diagnóstico

de esquizencefalia de labio cerrado (tipo 1) más crisis epilépticas de difícil manejo.

Conclusión: los trastornos de la migración neuronal como esquizencefalia, se deben sospechar e investigar en todo paciente con epilepsias refractarias a tratamiento farmacológico.

Palabras Clave: Esquizencefalia de labio cerrado; crisis epilépticas.

ABSTRACT

Background: schizencephaly is a congenital disorder of the central nervous system characterized by clefts that connect the subarachnoid space with the lateral ventricles. There are 2 types, closed lip (type 1), in which the edges of the cleft come into contact, and open lip (type 2), in which the lips are significantly separated by cerebrospinal fluid, this being the one with the worst prognosis. . It is a rare disease belonging to neuronal migration disorders, with a prevalence of 1.54/100,000 live births. Clinical manifestations can range from an asymptomatic spectrum to repeated seizures with severe neuronal alteration. The imaging method of choice for diagnosing this pathology is magnetic resonance imaging.

Case description: female minor infant patient with a personal pathological history of repeated epileptic seizures, who was admitted for presenting generalized tonic-clonic episodes, loss of alertness and relaxation of sphincters, presenting hypotonia in all 4 extremities,

Correspondencia:

Walter Lopez Reyes

Estudiante de Medicina y Cirugía, 6to año UNICAH, Universidad Católica de Honduras, [Nuestra Señora Reina de la Paz]

Dirección: Colonia Las Casitas, Tegucigalpa, Francisco Morazán.

Teléfono: +504 9717-5500 | Correo: walter28lopez@gmail.com

Fecha de envío: 04 noviembre 2024 | Fecha de aceptación: 15 febrero 2025

without evident phenotypic alterations and with psychomotor delay. Due to this, she underwent resonance imaging studies that allowed the diagnosis of closed lip schizencephaly (type 1) plus epileptic seizures that were difficult to manage.

Conclusion: neuronal migration disorders such as schizencephaly should be suspected and investigated in all patients with epilepsies refractory to drug treatment.

Keywords: closed-lip schizencephaly, seizures

Introducción

La esquizencefalia es una malformación rara del sistema nervioso central que se caracteriza por la presencia de hendiduras que pueden afectar desde el espacio subaracnoideo hasta los ventrículos laterales.(1)

La esquizencefalia puede coexistir con otras malformaciones cerebrales tales como la heterotopía de la materia gris, agenesia del cuerpo calloso, polimicrogiria, microcefalia y displasia septo-óptica. (2) Sus causas son multifactoriales, y entre ellas se encuentra la alteración en la formación embriológica vascular de la corteza cerebral.(3)

Alternativamente, alteraciones genéticas como en los genes sonic hedgehog (SHH) también podrían contribuir al desarrollo de esquizencefalia por sus potenciales efectos adversos en el desarrollo del cerebro y los procesos de migración neuronal. (4)

Se trata un trastorno congénito que pertenece al grupo de los desórdenes de migración neuronal (4) cuya prevalencia reportada es de 1.54 casos por cada 100,000 nacidos vivos según estudio en población estadounidense, sin evidencia que demuestre una predisposición por sexo o raza, con mayor incidencia en hijos de madres jóvenes.(5)

Existen 2 tipos de esquizencefalia, se categorizan según su morfología, en unilaterales y bilaterales, y se dividen en tipo 1 y 2, de labio cerrado o labio abierto respectivamente.

(6) El tipo 1 se caracteriza porque presenta hendiduras pequeñas que se unifican a nivel

de la sutura pio endimaria, en cambio, el tipo 2 presenta hendiduras de gran tamaño cuyos bordes no se unifican y se abren hacia los ventrículos laterales desde el espacio subaracnoideo.(7)

Las manifestaciones clínicas suelen ser muy amplias, desde un espectro asintomático hasta crisis de epilepsia focales o tónico-clónico generalizadas con grave compromiso neurológico.

Es muy frecuente encontrarse con una triada clásica caracterizada por trastorno motor, crisis epilépticas y discapacidad intelectual.(7)

En algunos casos, se pueden encontrar pacientes en la adolescencia e incluso en edad adulta que presentan un espectro marcado con déficit motor y cognitivo.(7)

Pacientes con alteraciones en el desarrollo cortical tienen una alta prevalencia para presentar crisis epilépticas, y que en muchos casos son refractarias al tratamiento médico.(8)

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) define la epilepsia farmacorresistente como el fracaso de 2 fármacos antiepilépticos tolerados y elegidos adecuadamente.(9) .

La epilepsia es un problema neurológico frecuente en la edad pediátrica, sobre todo cuando coexisten con malformaciones congénitas, afectando entre 4.3 y 9.3 casos por cada 1000 niños, y afecta al 1,2% de la población mundial. (10,11)

A pesar de la carencia de datos epidemiológicos precisos, se estima que la prevalencia de las crisis epilépticas en estos pacientes es del 37-74%. El método diagnóstico de elección es la imagen por resonancia magnética (12)

El pronóstico de esta malformación es directamente proporcional al grado de afectación neurológica que presente el paciente y la prevención se realiza a través de factores protectores durante la gestación.

Presentación de Caso

Lactante menor femenina de 8 meses de edad, hija de madre joven, originaria de Zambrano, Francisco Morazán, con antecedentes familiares negativos, con antecedentes personales patológicos de crisis epilépticas que iniciaron

desde los 2 meses de edad. A su ingreso se presenta con historia de crisis epilépticas tónico-clónico generalizadas de aproximadamente 2-3 minutos de duración, con pérdida de la alerta acompañadas de oculogiros y relajación de esfínteres.

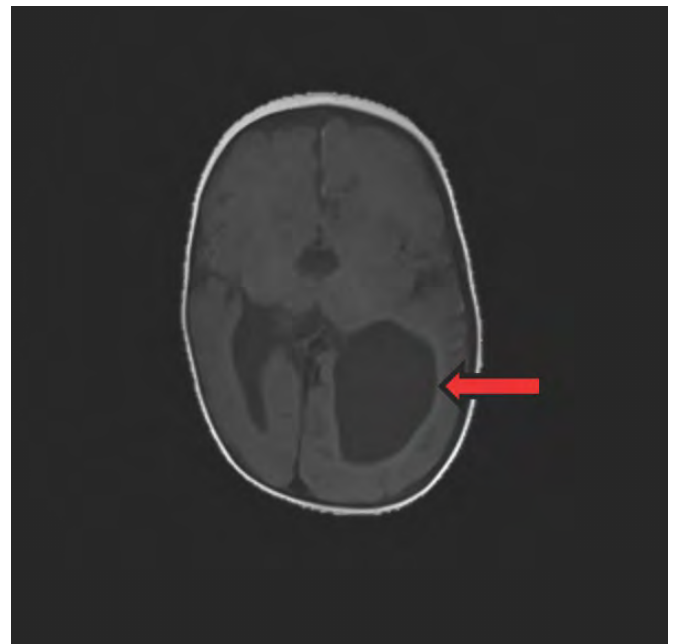
La madre negó historia de episodios febriles, caídas previas o antecedente de infecciones recientes. Fue ingresada con signos vitales estables, administrando ácido valproico vía oral a dosis de 30mg/kg/día dividido en 2 dosis, 10mg/kg por la mañana y 20mg/kg por la noche, como manejo inicial para el tratamiento de los episodios epilépticos.

Así mismo, se le agregó al esquema Levetiracetam intravenoso a 30mg/kg/día dividido en 2 dosis. El examen físico reveló hipotonía en las 4 extremidades, retraso en la adquisición de los hitos de desarrollo adecuados para la edad, no se identificaron malformaciones fenotípicas.

Debido al antecedente de crisis epilépticas a repetición desde etapas tempranas de su vida, el marcado retraso en su desarrollo psicomotor y la dificultad en el manejo de las crisis epilépticas que fueron clasificadas como farmacorresistentes, debido a su refractariedad a pesar del uso de 2 fármacos antiepilépticos adecuados y tolerados por la paciente.

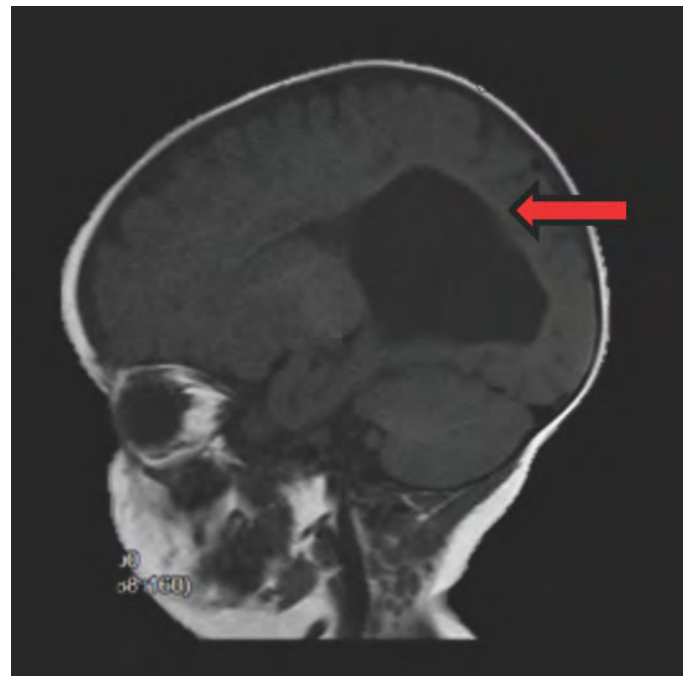
Se realizó un estudio de imagen por resonancia magnética que mostró alteraciones anatomopatológicas sugestivas de esquizencefalia de labio cerrado, tales como la dilatación de las astas posteriores de los ventrículos laterales con un defecto cortical a nivel parietal (ver, Figura No.1) así como colpocefalia posterior y otras malformaciones asociadas. (Ver, Figura No.2 y 3)

Figura No.1 Imagen por resonancia magnética, secuencia T1, corte axial, donde se observa dilatación marcada de las astas posteriores de los ventrículos laterales, con defecto cortical a nivel parietal bilateral, sin llegar a sistema ventricular así como agenesia del septum pellucidum.



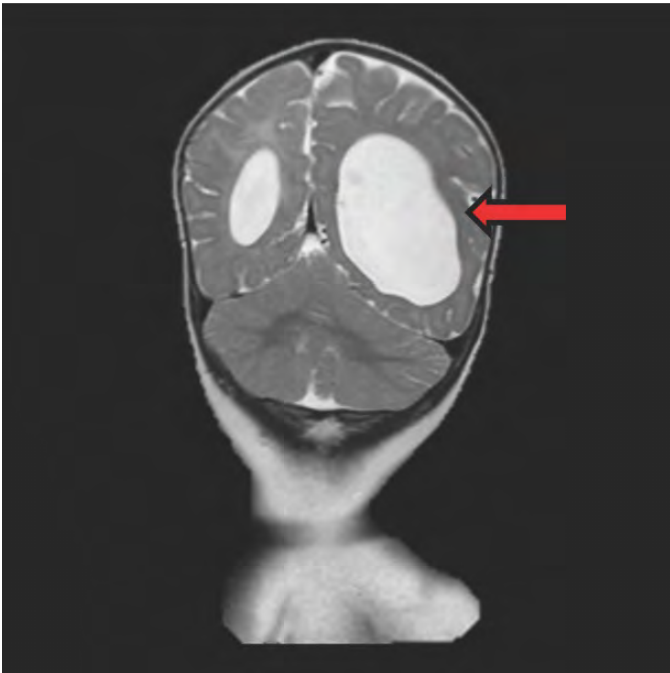
Fuente: Imagen por resonancia magnética del expediente clínico

Figura No.2 Imagen por resonancia magnética, secuencia T1, corte sagital, donde se observa dilatación marcada de las astas posteriores de los ventrículos laterales,hipoplasia del cuerpo calloso.



Fuente: Imagen por resonancia magnética del expediente clínico

Figura No. 3 Imagen por resonancia magnética, secuencia T2, corte coronal, observando asimetría y dilatación importante del sistema ventricular.



Fuente: Imagen por resonancia magnética del expediente clínico

Discusión

La esquizecefalia es un trastorno de migración neuronal que es raro (2), no tan frecuente, caracterizada por la presencia de hendiduras que pueden extenderse desde el espacio subaracnoideo hasta los ventrículos laterales. (1) Datos epidemiológicos revelan que solo se presenta con una frecuencia de 1.54 casos por cada 100,000 recién nacidos vivos. (3) Estos datos corresponden a población estadounidense, sin embargo, en nuestra región centroamericana los datos epidemiológicos en relación a este tipo de patologías neuroanatómicas no tan comunes suele ser limitada. En relación a las causas de esta patología, la literatura menciona que son multifactoriales y en su mayoría tienen relación con alteraciones del desarrollo cerebral durante la embriogénesis (7), sin embargo, hay factores de riesgo materno que contribuyen a aumentar las probabilidades de desarrollar este tipo de patologías, tales como una edad materna joven (3), criterio que se cumple en el caso clínico presentado. En la mayoría de los casos, la hendidura afecta a los lóbulos frontal o parietal posterior (70%) y, aunque las hendiduras grandes pueden extenderse para afectar a los lóbulos temporal u occipital, la afectación aislada de estos lóbulos es poco frecuente.

Se asocia frecuentemente (50-90%) (6) con otras anomalías cerebrales: Displasia septo-óptica, heterotopía de la materia gris, ausencia de septum pellucidum, disgenesia del cuerpo calloso. (9) La esquizecefalia se puede presentar con un abanico amplio de características clínicas, desde un espectro asintomático hasta crisis epilépticas a repetición que son de muy difícil manejo con el tratamiento farmacológico convencional. (4) De manera general, en el 30-40% de los pacientes en edad pediátrica con crisis epilépticas farmacorresistentes no se logra alcanzar un control satisfactorio de las crisis, (11) y los datos epidemiológicos relacionados con los pacientes que cursan con crisis epilépticas farmacorresistentes asociadas a malformaciones congénitas como la esquizecefalia, establecen una prevalencia de las mismas en un 37-74%. (8) Todo lo anterior es compatible con nuestro paciente, el cual presentó el mismo sitio de afección encefálica, dos anomalías estructurales asociadas al trastorno de migración y clínicamente se manifestó con epilepsia refractaria a tratamiento farmacológico así como alteración neurológica grave, que se demostraba debido a la marcada hipotonía muscular en las 4 extremidades, dificultad para la alimentación y ausencia de hitos de desarrollo para su edad. Tales como la capacidad para inhibir sus acciones frente a un ☐ no ☐, sentarse por sí sola son soporte en la pelvis, pararse y brincar activamente, alcanzar y sujetar objetos grandes, formas sonidos vocales polisilábicos y prensión pulgar. (13) El método diagnóstico de elección es la imagen por resonancia magnética (6), mismo que fue utilizado para poder establecer las diferentes alteraciones morfológicas cerebrales que presentaba la paciente y que permitió establecer el diagnóstico de esquizecefalia de labio cerrado en su variedad tipo 1. El pronóstico de estos pacientes según la literatura consultada, depende del grado de afectación neurológica y la magnitud de las alteraciones morfológicas presentes, así como el espectro clínico manifestado. En el caso clínico, la paciente mostraba un retraso del desarrollo psicomotor

severo así como crisis epilépticas de alta refractariedad al tratamiento médico, el estudio de imagen por resonancia magnética reveló importantes malformaciones cerebrales por lo que el pronóstico es reservado.

Conclusiones

Las malformaciones del sistema nervioso central, en este caso los trastornos de la migración neuronal como esquizencefalia, se deben sospechar e investigar en todo paciente con epilepsias refractarias a tratamiento farmacológico, realizando un abordaje completo y un manejo multidisciplinario.

Agradecimientos:

Este artículo fue preparado bajo subvención de Wellcome Trust, Reino Unido, referencia 226688/F /22/Z.

Al personal de la sala de Neurología Pediátrica del Hospital Escuela por su apoyo y colaboración.

Bibliografía

- Huertas Tacchino Erasmo, Aquino Dionisio Rosario, Armas De los Rios Diana, Esteban Blas Alvaro, Ventura Laveriano Walter, Castillo Urquiaga Walter. Diagnóstico prenatal de esquizencefalia. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2020 Ene [citado 2024 Sep 06] ; 66 (1): 89-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132202000100089&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2238>.
- Inan, C., Sayin, N. C., Gurkan, H., Atli, E., Gursoy Erzincan, S., Uzun, I., Varal, F. (2019). Schizencephaly accompanied by occipital encephalocele and deletion of chromosome 22q13.32: a case report. Fetal and Pediatric Pathology, 38(6), 4960502. <https://doi.org/10.1080/15513815.2019.1604921>
- Méndez JA, Zelaya HC. Esquizencefalia de labio abierto: a propósito de un caso. Rev Méd Hondur.2022; 90 (1): 62. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v90i1.13647>
- Kopyta I, Skrzypek M, Racziewicz D, Bojar I, Sarecka-Hujar B. Epilepsy in pediatric patients with schizencephaly. Ann Agric Environ Med. 2020; 27(2): 279-283. doi: 10.26444/aaem/122796
- Hernandez Y, Palma D, Aguilera M, Varela D. Archivos de Medicina | Insight Medical Publishing [Internet]. Esquizencefalia complicada con hidrocefalia; 2016 [consultado el 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/esquizencefalia-complicada-con-hidrocefalia.pdf>
- Vargas-Cárdenas AX, García-Martínez KD, Bautista-Vargas S. Esquizencefalia de diagnóstico prenatal: presentación de caso. MÉD.UIS.2022;35(3): 35-40. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022004>
- De Enfermería Ocronos RMY, Esquizencefalia tipo 2. Reporte de un caso. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 7 de septiembre de 2019; Disponible en: <https://revistamedica.com/esquizencefalia-tipo-2/>
- Cleft size and type are associated with development of epilepsy and poor seizure control in patients with schizencephaly. Kim, Hyo Jae et al. Seizure - European Journal of Epilepsy, Volume 98, 95 - 100
- Bello-Espinosa LE, Olavarria G. Epilepsy surgery in children. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2021 ;68(4):845056. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2021.04.016>
- Dagar A, Chandra PS, Chaudhary K, Avnish C, Bal CS, Gaikwad S, et al. Epilepsy surgery in a pediatric population: A retrospective study of 129 children from a tertiary care hospital in a developing country along with assessment of quality of life. Pediatr Neurosurg [Internet]. 2011;47(3):186-193. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000334257>
- Ali I, Houck K. Neuromodulation in pediatric epilepsy. Neurol Clin [Internet]. 2021;39(3):797-810. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2021.04.003>
- Close KR MD. Schizencephaly Imaging: practice essentials, computed tomography, magnetic resonance imaging [Internet]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/413051-overview#showall?form=fpf>
- Nelson. Tratado de pediatría (2020) 21 edition .Robert M. Kliegman & Joseph W. St. Geme III & Nathan Blum & Samir S. Shah & Robert C. Tasker

Trayecto Migratorio Cutáneo en Pediatría: Diagnóstico Clínico de Larva Migrans

Cutaneous Migratory Path in Pediatrics: Clinical Diagnosis of Larva Migrans

Mónica Fernanda Medina Guillen* , Carolina Michelle López Chiessa** , Clarissa Lizeth Aguilar Molina*** .

* Médico General, Unidad de Investigación y Gestión Académica Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

**Médico Especialista en Dermatología, Hospital María, Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

*** Médico Especialista en Oncología Pediátrica, Unidad de Investigación y Gestión Académica Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

**Doctoranda UNAN-Managua/CIES. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN); Managua, Nicaragua.

Paciente masculino de 7 años de edad que presentó lesión cutánea localizada en la superficie plantar del pie derecho que apareció 2 semanas después de haber estado en la playa. La lesión era intensamente pruriginosa y se extendía por la piel abarcando mayor superficie a medida transcurrían los días. En figura No. 1 se evidencia un trayecto serpiginoso bien delimitado de aproximadamente 10 cm de longitud, con borde elevado y eritematoso. El patrón serpenteante del trayecto a nivel de la dermis superficial es indicativo de la migración subcutánea de un parásito. No se observó signos de sobreinfección bacteriana secundaria. Se aprecia una inflamación leve perilesional circunscrita al borde activo de la lesión, lo cual se correlaciona con la actividad larval en el sitio de penetración.

El diagnóstico clínico más probable es Larva Migrans Cutánea, una dermatosis parasitaria causada por la penetración de larvas de nemátodos, típicamente del género *Ancylostoma* siendo *Ancylostoma braziliense* el más común, que se encuentran en suelos contaminados.(1) Su presentación es habitual en áreas arenosas como playas o terrenos rurales, siendo los niños un grupo de alto riesgo debido a la exposición frecuente en estas superficies descalzos.(2) La sospecha diagnóstica se ve reforzada por

los antecedentes de exposición en un entorno propicio para la transmisión. El manejo de la lesión incluye la administración de tratamiento antiparasitario específico, como albendazol o ivermectina, junto con medidas educativas dirigidas al paciente y sus cuidadores para prevenir futuras exposiciones. (3).

Agradecimientos: Este artículo fue preparado bajo subvención de Wellcome Trust, Reino Unido, referencia 226688/F/22/Z.



Correspondencia:

Dra. Mónica Fernanda Medina Guillen,
Médico General, Unidad de Investigación y Gestión Académica
Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.
Dirección: Calle de la Salud, Blvd. Suyapa, Tegucigalpa, Francisco Morazán
Teléfono: +504 3244 3907 | Correo: fernandaguillen1815@gmail.com
Fecha de envío: 7 octubre 2024 | Fecha de aceptación: 15 Noviembre 2024

Bibliografía

1. Da Silva Dias V, Picard C, Domp martin A. Larva migrans ankylostomienne. Ann Dermatol Vénéréologie. mayo de 2020;147(5):400-2.
2. Hla Aye MT, Kyaw AY, Rubel AR, Han MB, Mani BI, Chong VH. Cutaneous larva migrans. QJM Int J Med. 12 de diciembre de 2022;115(12):849-50.
3. Martins-Filho PR, Reinheimer DM, Soares-Neto RF. Cutaneous Larva Migrans. Balk Med J. 1 de marzo de 2024;144-144.

Amaurosis Secundaria a Tumor de Fosa Posterior

Amaurosis secondary to posterior fossa tumor

Helena Zelaya* , Ovidio Alvarado** .

*Médico Residente Cuarto año, Posgrado Neurocirugía,

Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH, Tegucigalpa, Honduras

**Médico Especialista en Neurocirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras

Femenina de 7 años, con historia de 4 meses de evolución de cefalea matutina, que se exacerba al realizar maniobras de valsava, moderada intensidad, no atenuada con analgésicos orales, y desde hace 3 meses acompañada con vómitos en proyectil, dos meses después inició con disminución de la agudeza visual que fue progresando hasta amaurosis desde hace un mes.

Así mismo refiere ataxia truncal de dos semanas de evolución. Por lo anterior acude para evaluación donde se evidenció atrofia de ambos nervios ópticos, secundario a síndrome de hipertensión endocraneana, así como síndrome cerebeloso vermiano.

En imagen de resonancia magnética (Imagen A, B) se observa lesión en fosa posterior, quística, con cápsula que realza en anillo al aplicar gadolinio, con nódulo en hemisferio cerebeloso derecho, cerca de la tienda del cerebelo, compatible con astrocitoma pilocítico; esta lesión de gran tamaño ocluye el cuarto ventrículo, produciendo hidrocefalia, la cual se comprueba con la característica migración transependimaria en la secuencia FLAIR (Imagen C).

Se colocó de emergencia válvula de derivación ventrículo peritoneal como tratamiento de hidrocefalia obstructiva secundario a tumor de fosa posterior y de manera electiva se programó cirugía para exéresis tumoral.

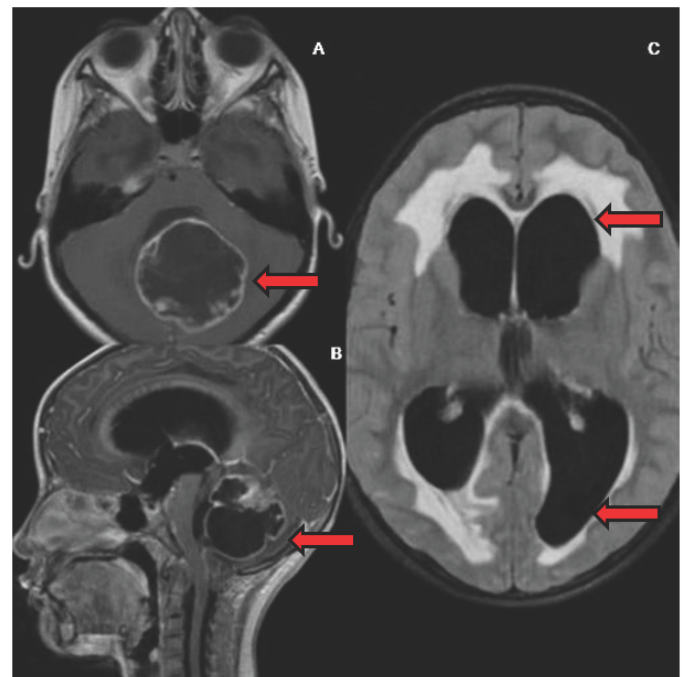
Los tumores de fosa posterior se presentan principalmente en la edad pediátrica, siendo el más frecuente el astrocitoma pilocítico, de bajo

grado de malignidad (grado I de la OMS) cuyo tratamiento consiste en la exéresis.

Sin embargo en este caso, debido a la lesión de ambos nervios ópticos, contara con secuelas secundarias.

La presentación clínica de los tumores de fosa posterior suele ser: síndrome cerebeloso e hidrocefalia, la cual constituye una emergencia neuroquirúrgica.

La realización de una historia clínica completa así como examen físico neurológico, permite referir oportunamente a pacientes pediátricos que presenten focalidad neurológica así como síndrome de hipertensión endocraneana.



Correspondencia:

Dra. Helena Zelaya

Dirección: Calle de la Salud, Blvd. Suyapa, Tegucigalpa,

Francisco Morazán. Honduras

Teléfono: +504 9932-9762 | Correo: helena.zelaya@gmail.com

Fecha de envío: 22 septiembre 2024 | Fecha de aceptación: 15 Noviembre 2025

INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

La Revista Honduras Pediátrica es el órgano oficial de difusión y comunicación científica de la Asociación Pediátrica Hondureña (<http://www.pediatricahonduras.org>). Fundada en 1963 y patrocinado por el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) avalado por la Asociación de Pediatría. Honduras Pediátrica es una publicación Semestral, publicando dos números al año: Número 1 (enero - junio) y Número 2 (julio - diciembre) que difunde el contenido científico basado en los lineamientos de ética y calidad de las publicaciones. En general sigue las pautas marcadas en la revistas biomédicas, elaboradas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (ICMJE) se encuentran disponible en: <https://www.icmje.org/>

1. Misión, Visión, Alcance

Misión

Documentar y difundir el conocimiento médico científico derivado de las investigaciones originales, en el campo pediátrico de nuestro país, con la finalidad que dichos resultados, sean de utilidad teórica y práctica, con validez ética y científica, destacando la labor, esfuerzo y compromiso con la niñez de Honduras.

Visión

Ser el medio de divulgación científica pediátrico en todas sus especializaciones, expandiendo el conocimiento y experiencia a través de publicaciones que lleguen a todos aquellos involucrados en la atención directa al paciente pediátrico y que sirvan de aporte a nuestra práctica diaria y motiven a la educación médica continua y a la investigación.

Con el objetivo de recopilar y organizar toda la producción científica que surge como resultado de la práctica clínica, diagnóstica y terapéutica relacionada a la población pediátrica, llevado a cabo en los diferentes niveles de atención y centros de formación de nuestro país, para estructurarla dentro de una publicación de alto nivel científico, que se encuentre al alcance de todos los interesados en mejorar su práctica pediátrica diaria, con un enfoque actualizado, ético e investigativo.

Alcance

Honduras Pediátrica contempla la difusión de investigaciones médicas, presentadas bajo la modalidad de: artículos originales, presentación de caso(s) clínico(s) o reporte de caso (s), revisión bibliográfica, anatomía patológica, imágenes en pediatría, retos diagnósticos, algoritmos de abordaje en subespecialidades pediátricas, y temas de interés general de los problemas que inciden sobre la población infantil. De manera que la información sea accesible a los diferentes niveles de atención en salud, y grados académicos como estudiantes, así como especialista o subespecialista.

2. Contenido

La Revista Honduras Pediátrica se reservara todos los derechos legales de reproducción del contenido. Los manuscritos se reciben en el entendido de que son originales e inéditos; que no han sido publicados parcial o totalmente ni sometidos para publicación a ningún otro medio y que no lo serán sin autorización escrita del Comité Editorial de la Revista.

Los temas publicados en esta revista, son interés puramente pediátrico en el cual involucran las diferentes subespecialidades pediátricas incluidas alergia, inmunología, hemato-oncología, infectología, cirugía, oftalmología, cardiología, nefrología, patología, radiología, otorrinolaringología, neurología, neonatología, urgencias, cuidado intensivos, gastroenterología, dermatología, neurología, genética, endocrinología, neurocirugía y otras afines a la atención de la salud pediátrica. Resultado de estas investigaciones inéditas cualitativas o cuantitativas en las categorías de: artículos originales, presentación de casos clínicos o reporte de caso, revisión bibliográfica, imagen en la práctica clínica, reto diagnóstico, algoritmo de abordaje diagnóstico y terapéutico. Asimismo la información concerniente a reuniones, Congreso Nacionales e Internacionales ligados a Pediatría que sean avalados por la Asociación Pediátrica, siendo esta sección regulada por el Comité editorial y la Junta Directiva. Todo este procesamiento se genera sin costo alguno para la inclusión de la información.

2.1 Principios Éticos

La selección del material propuesto para publicación se basa en los siguientes criterios generales: idoneidad del tema para la Revista, solidez científica, coherencia del diseño (planteamiento lógico del problema y plan para lograr el objetivo del estudio), originalidad, actualidad y aplicabilidad de la información; con acatamiento de las normas de ética de la investigación y publicación recomendadas por el Committee on Publication Ethics (COPE) <https://publicationethics.org/>

Todos los autores que se mencionen en los manuscritos deben haber hecho una contribución científica significativa, de acuerdo las guías detalladas de autoría que brinda el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) <https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

3. Envío del Manuscrito

El manuscrito final deberá presentarse con las siguientes especificaciones en la primera página:

- Especificar tipo de artículo.
- Todo manuscrito deberá de ser elaborado en una sola columna, en formato MS Word, en letra Arial 12 y 1.5 de interlineado, en tamaño carta.
- **El Título** deberá incluir el nombre del artículo en español e inglés; seguido de los nombres y apellidos del autor(es); describiendo grado ó cargo, departamento e institución en que trabaja, identificados por asteriscos (*).
- **El Autor corresponsal** deberá enviar el manuscrito a la dirección vía electrónica revistahonduraspediatrica@gmail.com, donde se acusará de recibo y deberá incluir su respectiva carta de solicitud de publicación con la declaración de autoría y conflicto de interés si existiera. Además debe brindar información de contacto (dirección, correo electrónico y número telefónico para su correspondencia).

- Cada autor deberá de contar y proporcionar en el manuscrito su respectivo identificador de autor, denominado ORCID (Open Research and Contributor ID), de no contar con él, lo puede adquirir de manera gratuita a través de la página <https://orcid.org/> y adjuntarlo.

En la segunda página de su trabajo final deberá adjuntar:

Resumen/Abstract

Debe ser conciso y aportar el máximo de información posible sobre el contenido del trabajo y sus conclusiones más importantes. Siendo la síntesis del artículo no debe exceder de 350 palabras para artículos originales, para revisión 250 palabras y para reporte de caso no exceder de 200 palabras, además de ser escrito en inglés y español. Ver la sección 3.1.

Palabras claves: se deben colocar al final del resumen, utilizándose mínimo 3, y máximo 10 palabras claves ó frases cortas que capten los temas principales del artículo, escrita tanto en inglés como español, en orden alfabético, separadas por coma ó punto y coma, tomando en consideración el uso de los descriptores en ciencias de la salud (DeCS), en: <https://decsfinder.bvsalud.org/dmfs>

para especificación por artículo ver sección 3.1.

Aquellos artículos que no cumplan con las Instrucciones para Autores serán devueltos con observaciones específicas. Todo artículo que cumpla con las Instrucciones para Autores será registrado para iniciar su proceso editorial.

3.1 Tipos de Artículos

Deberán ser dirigidos según su categoría, se desglosa a continuación cada una de las características respectivas:

3.1.1 Artículo Original:

Los cuales podrían tratarse de Investigaciones clínicas, observacionales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y otros. Estos no deben excederse más de 3500 palabras (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras) y se debe presentar según el siguiente formato:

- **Título:** máximo 15 palabras, en español e inglés, ver sección 3.
 - **Autores e Instituciones:** nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
 - **Resumen:** máximo 350 palabras (excluyendo palabras claves), en español e inglés, incluyendo las siguientes secciones objetivos, métodos, resultados y conclusiones.
 - **Palabras claves:** 3 a 10 palabras, ver sección 3.
 - **Introducción:** se debe redactar en un máximo de tres a cuatro párrafos, además de brindar información sobre el problema a investigar; así como su justificación. Con uso de las referencias pertinentes, no debe contener cuadros ni figuras.
 - **Metodología:** debe redactarse en tiempo pasado. Esta sección debe explicar de manera detallada el tipo de estudio realizado, tiempo de duración del mismo, lugar donde se realizó, describir claramente la selección y características de la muestra, las técnicas, procedimientos, equipos, fármacos y otras herramientas utilizadas; de forma que permita a otros investigadores reproducir la experiencia. Así mismo, se deberán incluir los métodos estadísticos utilizados y especificar los aspectos éticos observados durante la investigación como el consentimiento informado de los sujetos que participaron en el estudio de requerirlo. Se podrán usar referencias bibliográficas pertinentes.
 - **Resultados:** debe redactarse en tiempo pasado. Se presentarán los hallazgos más importantes de la investigación realizada, utilizando de preferencia la forma expositiva y sólo cuando sea estrictamente necesario los cuadros, figuras o ilustraciones. No debe repetirse en el texto lo que se afirma en las ilustraciones, cuadros o figuras. Los resultados no deben expresar interpretaciones, valoraciones, juicios o afirmaciones, ni utilizar expresiones verbales como estimaciones cuantitativas (raro, la mayoría, ocasionalmente, a menudo) en sustitución de los valores numéricos. En cuanto a gráficos, figuras y tablas no exceder de 5 en total. Ver sección 4.
 - **Discusión:** es útil comenzar la discusión resumiendo brevemente los principales resultados y explorando sus posibles mecanismos o explicaciones, y redactarse en tiempo pasado. Debe destacarse el significado y la aplicación práctica de los resultados, las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Se debe enfatizar en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno y considerar especial interés la discusión de estudios previos publicados en el país por lo que se sugiere revisar y citar la literatura nacional o regional relevante relacionada con el tema con el propósito de respaldar la idea central que se está discutiendo. Se debe evitar que la discusión se convierta solamente en una revisión bibliográfica y que se repitan los conceptos que aparecieron en otras secciones.
 - **Conclusiones/Recomendaciones:** pueden incluirse de ser oportuno por los autores, enfatizando la aplicación de los resultados y los aspectos de interés para futuras investigaciones.
 - **Agradecimientos:** dirigida a la contribución de personas o instituciones, sea: apoyo técnico, financiero o intelectual que no implique autoría.
 - **Bibliografía:** debe contener de 15 a 20 referencias como mínimo, con una antigüedad no menor de 10 años, ver sección 6.
- 3.1.2 Artículo para Presentación de Caso(s) Clínico(s) ó Reporte de Caso (s).**
No debe exceder de 3000 palabras (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras) y debe contener el siguiente formato:

- **Título:** máximo 15 palabras, debe incluir la frase □Reporte de caso□, en español e inglés, resto ver sección 3.
 - **Autores e Instituciones:** nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
 - **Resumen:** máximo 200 palabras (excluyendo palabras claves), en español e inglés, incluyendo las siguientes secciones: antecedentes (además de incorporar por qué es único y su contribución al ámbito científico), descripción del caso clínico (síntomas y signos clínicos relevantes) y conclusiones (aportación del caso).
 - **Palabras claves:** 2 a 5 palabras, que identifiquen diagnóstico o intervenciones incluyendo □reporte de caso□.
 - **Introducción:** se debe redactar en 1 o 2 párrafo, resumiendo los antecedentes y haciendo referencia a la literatura médica pertinente.
 - **Presentación de caso:** debe contener datos generales, antecedentes familiares/personales, principales síntomas/signos examen físico relevante, abordaje diagnóstico, intervenciones y desenlace.
 - **Discusión:** debe de redactarse en tiempo pasado además de ir orientado en comparar la literatura tanto nacional como internacional sobre el caso expuesto, se debe enfatizar en aspectos nuevos y de importancia referente al tema.
 - **Conclusiones/Recomendaciones:** este apartado se debe incluir, comentarios o recomendaciones sobre la solución del caso, particularidades científicas y concluir clarificando los aspectos discutibles y destacando el mensaje que debe quedar al final.
 - **Figuras, tablas o gráficos:** máximo 3, ver sección 4.
 - **Agradecimientos:** dirigida a la contribución de personas o instituciones, sea: apoyo técnico, financiero o intelectual que no implique autoría.
 - **Bibliografía:** debe contener de 6 a 10 referencias con una antigüedad no menor de 10 años, ver sección 6.
- Recomendamos revisar las guías CARE para redactar un reporte de caso, disponible en <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>
- ### 3.1.3 Artículos de Revisión Bibliográfica:
- No exceder más de 5000 palabras, (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras) debe contener el siguiente formato:
- **Título:** máximo 15 palabras, en español e inglés, ver sección 3.
 - **Autores e Instituciones:** nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
 - **Resumen:** máximo 250 palabras (excluyendo palabras claves), en español e inglés, incluyendo las siguientes secciones antecedentes, objetivos, metodología, aspectos destacados y conclusiones.
 - **Palabras claves:** 3 a 10 palabras, ver sección 3.
 - **Introducción:** esta sección debe establecer de forma precisa el tema en revisión (concepto, importancia, frecuencia) y la manera en la que se va a discutir en el artículo. Incluyendo los objetivos que describan la finalidad por la cual se llevo a cabo la revisión.
 - **Metodología:** especificar el proceso de selección, estrategia de búsqueda y base de datos utilizada, proceso de recolección de datos, además de especificar los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para la selección de la literatura.

- **Resultados:** debe describir los resultados del proceso de selección y búsqueda que se incluyeron en la revisión.
- **Discusión:** proveer la interpretación general de los resultados, además de la opinión del autor(es), limitaciones e implicaciones para la práctica, políticas y futuras investigaciones.
- **Figuras, tablas o gráficos:** máximo 3-4, ver sección 4.
- **Agradecimientos:** dirigida a la contribución de personas o instituciones, sea: apoyo técnico, financiero o intelectual que no implique autoría.
- **Bibliografía:** debe contener de 25 a 40 referencias, ver sección 6.

Recomendamos revisar las guías PRISMA para redacción de artículos de revisión bibliográfica, disponible en: <https://www.prismastatement.org/>

3.1.4 Anatomía Patológica en Pediatría:

Se puede presentar como un artículo de presentación de caso o reporte de caso, ver sección 3.1.2.

3.1.5 Imágenes en Pediatría:

Este ítem contendrá una imagen de interés y relevancia desde el punto de vista clínico o radiológico de una entidad Pediátrica. Deberá incluir información necesaria para interpretar la imagen e incluir datos clínicos. Máximo 300 palabras. No requiere bibliografía.

3.1.6 Retos Diagnósticos:

Este apartado será destinado a enfermedades de difícil diagnóstico o de desafío para el médico, con poca frecuencia de presentación, pero que es importante reconocerlas con precisión. Serán casos clínicos cortos con datos claves (historia clínica exploración física e incluyendo imágenes). Su presentación será sin exceder 350 palabras, de igual forma se puede dar opciones de respuesta para el lector y así mismo poder responder a dicho reto, enviando su sospecha diagnóstica a

revistahonduraspediatrica@gmail.com, debe incluir 5 referencias bibliográficas, ver sección 6.

3.1.7 Algoritmos de Abordaje en sub-especialidades en Pediatría:

- Título: máximo 15 palabras, en español e inglés, ver sección 3.
- Autores e Instituciones: nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
- Contenido: se referirá a abordajes esquematizados, utilizando señalizaciones que resalten los aspectos de interés ó guías breves (máximo 2 paginas) de temas especializados con el objetivo de divulgar la información de sub-especialidades pediátricas de interés en el grupo científico y para toma de decisiones durante la práctica clínica en todos los niveles de atención.
- Debe contener al menos 3 referencias bibliográficas. Ver sección 6.

4. Figuras, Gráficos y Tablas

4.1 Figuras

Cada figura deberá estar citadas en el texto, numerarse según orden de aparición e indicar el origen de la misma y descripción de la misma, si lo requiere. Deberá ser formato JPEG, PNG ó TIFF con una resolución no menor de 300 dpi. No deberá incluir datos personales que permitan identificar a los participantes o a los pacientes en cuestión. Si una figura ha sido publicada previamente, identifique la fuente original y presente el permiso escrito del titular de los derechos para reproducirla.

4.2 Tablas

Deberán de contar con título breve y claro, ser enumerados según orden de aparición, y la fuente debe estar claramente descrita al pie de la tabla, debe ser exportada con el software original. En el encabezado de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentaje, tasa, etc.) y un título corto abreviado. Las explicaciones, abreviaturas se deben colocar en notas a pie de tabla, no en su título, use símbolos para explicar la información si

es necesario, por ejemplo caracteres alfanuméricos o símbolos tales como *, +, □, §. Si utiliza datos de otra fuente publicada o no debe obtener el permiso y citarla.

4.3 Gráficos

Deberán de contar con título breve y claro, ser enumerados según orden de aparición, y la fuente debe estar claramente descrita al pie del gráfico, debe ser exportado con el software original. Si utiliza datos de otra fuente publicada o no, debe obtener el permiso y citarla.

5. Proceso Editorial

5.1 Primer paso - Evaluación Comité Editorial.

Los manuscritos recibidos serán sometidos a una primera evaluación por el Comité Editorial, tomando en cuanto lo siguiente: la temática del artículo, ortografía, redacción y haber cumplido con las todos los requisitos indicadas en las instrucciones de autores anteriormente descritas. Si el manuscrito no lograr estos puntos, será devuelto al autor para una nueva corrección y de continuar el proceso reenviarlo y ser sometido a una 2da evaluación por el comité. Pero de contar con todos los ítems en su primera revisión pasa al siguiente paso de revisión por pares.

5.2 Segundo Paso - Revisión por Pares

Los manuscritos aceptados continúan al paso de revisión por pares, donde según la temática del manuscrito se identificarán del listado de revisores asociados a aquel o aquellos que se estiman más calificados y se enviara a 1 ó 2 especialistas. Se empleará el sistema estandarizado internacionalmente de evaluación por pares

con «doble ciego» (doble-blind) que garantiza el anonimato de los autores del manuscritos y de los revisores de los mismos. De acuerdo al informe objetivo de los revisores, a través de una matriz evaluadora, con criterios de objetividad, razonamiento, lógica y experticia, siguiendo las pautas como CARE, PRISMA, y otras que se encuentran disponibles en: <https://www.equatornetwork.org>, asimismo los revisores podrán hacer observaciones o correcciones a texto libre.

El lapso entre el registro de un manuscrito y la respuesta por parte de los revisores será de 4 semanas. Se atenderá a la calificación del manuscrito de tres maneras:

- **Aceptado sin Revisión:** el manuscrito en su versión original como lo envió la primera vez el autor(es) es aceptado y publicado.
- **Aceptación Condicionada:** el manuscrito es devuelto al autor con las correcciones y/o aclaraciones sugeridas por los revisores. El autor(es) tienen la obligación de realizar dichas correcciones en un lapso no mayor a 2 semanas y reenviarlo para su segunda revisión.
- **Rechazado:** el manuscrito es devuelto al autor con las observaciones de los revisores para que el autor, si así lo decide, haga las correcciones y someta su manuscrito a otra revista. No se aceptaran manuscrito corregidos que hayan sido rechazados.

Se recuerda que de no cumplir con los tiempos establecidos, en automático el manuscrito se dará de baja del proceso y se considerará como un nuevo proceso. De requerir mayor tiempo tanto para los revisores y/o autor(es) debe ser comunicado vía electrónica al comité editorial. De igual forma si el revisor (es) durante el proceso de evaluación identifican una mala conducta como ser plagio, falsificación, entre otros, el Comité Editorial aplicará los procedimientos recomendados por el Committee on Publication Ethics, descritos en esta publicación, <http://publicationethics.org/files/Spanish%20%281%29.pdf>

5.3 Tercer Paso - Comité Editorial, Redacción/ Diagramación y Publicación

Al ser aceptado el manuscrito por los revisión por pares, nuevamente es evaluado por el Comité Editorial, el cual se reserva el derecho de publicación, en cuanto edición, texto y espacio disponible en la revista. De igual forma debe ser evaluado por el comité de redacción, para posteriormente incorporarse al área de diagramación donde se unifica la información y por último impresión y de manera digital en las bases electrónicas ligadas a la revista.

6. Guía para Elaboración de Referencias Bibliográficas

Las referencias bibliográficas citadas en el texto, se identificarán en forma consecutiva mediante números arábigos entre paréntesis en el orden que están mencionados en el texto sin utilizar superíndice, basados en la Normativa Vancouver de acuerdo a la National Library of Medicine (NLM).

Si son más de dos referencias en orden consecutivo, los números deberán de separarse por comas, no será necesario escribirlas en orden alfabético y deben colocarse después de la puntuación.

Los títulos de la revistas, deben abreviarse de acuerdo a lo señalado según la lista anual publicada en el Index Medicus, accediendo a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>.

Ejemplos de Referencias Bibliográficas:

1. Libro:

1.1 Las citas de libros se indicaran en este orden:

- Autor(es). Título del libro. Edición. Lugar de publicación Editorial; año.

Ej: Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

1.2 Los capítulo de libro, se indicaran en este orden:

- Autor(es)* del capítulo. Título del capítulo. En Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

* En Autores: se incluyen un máximo de 3 autores, si son más de tres, se debe enunciar a los 3 primeros autores seguido posteriormente de la expresión et al.

Ej: Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

2. Artículos de Revistas se indicaran en este orden:

- Autor(es)*. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Ej: Pérez-Díaz L. El glaucoma: un problema de salud mundial por su frecuencia y evolución hacia la ceguera. Medisan. 2014; 18 (2): p.10-15.

* En Autores: se incluyen un máximo de 6 autores, si son más de seis, se debe enunciar a los 6 primeros autores seguido posteriormente de la expresión et al.

Ej: Bartholmai BJ, Raghunath S, Karwoski RA, Moua T, Rajagopalan S, Maldonado F. et al. Quantitative computed tomography imaging of interstitial lung diseases. J Thorac Imaging 2013;28(5):298-307.

3. PIMD (PubMed Identifier)/DOI (Digital Object Identifier):

estos números de identificación bibliográfica son opcionales, se pueden añadir si lo conocemos:

Ej: Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Revista Española de Cardiología 2004: Actividad, difusión internacional e impacto científico. Rev Esp Cardiol. 2004; 57(12): 1245-9. DOI 10.1157/13069873.

4. Artículos con el contenido de una conferencia:

- Autor(es) de la comunicación/ponencia. Título de la comunicación/ ponencia. En: título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: editorial; año. Página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Ej: Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

5. Tesis:

- Autor. Título de la tesis [tesis doctoral]*. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ej: Muñiz Garcia J. Estudio transversal de los factores de riesgo cardiovascular en población infantil del medio rural gallego [tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de de Santiago de Chile; 1996.

6. Recursos en internet:

- Sitios Web: Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [actualizado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

Ej: Biblioteca Virtual en Salud [Internet] Sao Paulo: Bireme; 1998 [consultado 16 sept 2019] Disponible en: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

- Libros: Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Ej: Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

- Artículos de revistas en internet: Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: □□.

Ej: Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

- Artículo con DOI: Autor(es) del artículo. Título del artículo. Título de la revista. Fecha de publicación [fecha de acceso]; volumen (número): páginas. Localización. DOI.

Ej: Gomez-Torres MJ, Ten J, Girela JL, Romero J, Bernabeu R, De Juan J. Sperm immobilized before intracytoplasmic sperm injection undergo ultrastructural damage and acrosomal disruption. FertilSteril 2007 Sep [citado Julio 31 2013];88(3):702-704. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.12.063>

Para ampliar el listado de otros formatos y sus respectivos ejemplos, se recomienda que visite el sitio: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7282/>, https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Anexos

ANEXO 1

Requisitos de Extensión según artículo

Tipo de Artículo	Máximo de Palabras	Máximo de Figuras / Gráficos y/o Tablas	Bibliografía*
Original	3500	5	15 - 20
Presentación de Caso o Reporte de Caso	3000	3	6 - 10
Revisión Bibliográfica	5000	3 - 4	25 - 40
Imagen en Pediatría	300	1	No aplica
Reto Diagnóstico	350	2	5

*Siendo esta el numero mínimo requerido

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIA

Mediante el presente documento, los autores que suscriben el manuscrito, manifiestan que el mismo ya ha sido leído y aprobado por todos y cada uno de ellos para ser enviado a la Revista Honduras Pediátrica.

Así mismo, los derechos de publicación del artículo serán cedidos en calidad de EXCLUSIVIDAD a la Revista Honduras Pediátrica y constatamos que el contenido del artículo corresponde a material no publicado previamente.

Autorizamos también la divulgación del mismo en la versión impresa, así como en la electrónica de Honduras Pediátrica con protección a sus derechos de autor.

Título del Artículo _____

Nombre de los Autores/firma

ANEXO 3

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional.

En este sentido, he leído y comprendo el código de declaración de conflicto de intereses. En el siguiente documento declaro los intereses con la industria de la salud y aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones dentro del proceso al que he sido invitado a participar.

Esta declaración hace recuento de los vínculos y posibles intereses directos e indirectos durante los últimos dos años.

Típos de conflicto:

Financiero: cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido. Ejemplo: recibir remuneración por dictar conferencias o asesorar en aspectos específicos, se considera un potencial conflicto de intereses financiero.

Pertenencia: derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. Ejemplo: tener la autoría de invenciones y/o ser dueño de patentes.

Familiar: cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financieros o de pertenencia, con las actividades y temáticas a desarrollar.

ANEXO 4

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS,
DE PERTENENCIA O FAMILIARES

Conflicto de intereses: _____

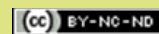
¿Existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o independencia o que afecte la percepción de los demás de su objetividad o independencia? (Describa las circunstancias. Si no existen, escriba ninguna).

Nombre de los Autores/firma

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La Revista Honduras Pediátrica es el órgano oficial de difusión y comunicación científica de la Asociación Pediátrica Hondureña (www.pediatriahonduras.org). Fundada en 1963, en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, CA.

Honduras Pediátrica (ISSN 1998-7307 versión impresa) (ISSN 0018-4535 versión electrónica) es una publicación semestral editada en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.



Los artículos y materiales publicados están regulados por la Licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

La Dirección de la Revista Honduras Pediátrica tiene la firme convicción de garantizar la calidad científica del contenido. La Revista y la Asociación Pediátrica de Honduras no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en dicha publicación. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o de la Asociación Pediátrica de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o de la Asociación Pediátrica de Honduras.